Przegląd lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

**Redakcyja:**
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

**Ekspedycyja miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | „ 4 „ 40 „ | „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| | Kwartalnie | „ 2 „ 20 „ | „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |

Kraków, 24 kwietnia 1886. **№ 17.** Rok XXV.



## I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

### Przypadek przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowéj (*Hernia properitonealis*).

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,
asystent téjże kliniki.

Od czasu gdy Krönlein zaznajomił nas z przepukliną przedotrzewnową (*Hernia properitonealis*) jako osobną odmianą przepuklin, co chwila pojawiają się nowe spostrzeżenia kazuistyczne, tak, że dziś już posiadamy wcale pokaźną literaturę dotyczącą tego przedmiotu. Nie mniéj jednak przypadek, którego historyję choroby poniżéj podamy, może wzbudzić zajęcie szerszego koła, gdyż pod niejednym względem zbacza od typowego obrazu przepukliny przedotrzewnowéj skreślonego przez Krönleina (*Herniologische Beobachtungen. Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 19 i *Weitere Mittheilungen über die Hernia inguino-properitonealis*, tamże, T. 25).

J. D., mężczyzna, lat 20 liczący, z Rzeszowa, pochodzi z rodziny zdrowéj i nigdy przedtém ciężko nie chorował. Rodzice pacyjenta nie umieją podać, czy zaraz po jego urodzeniu zauważyli oba jądra w worku mosznowym lub też nie, chory zaś sam nie przypomina sobie, żeby kiedyś dawniéj posiadał tylko jedno jądro, twierdzi jednak stanowczo że odkąd zapamiętać może, prawe jądro stale było nieco obrzękłe. Przed 2ma laty nabawił się bez znanéj przyczyny przepukliny pachwinowéj prawéj, którą zawezwany lekarz z łatwością do jamy brzusznéj odprowadził. Od tego czasu pacyjent nosił pasek, który zapobiegał dokładnie ponownemu wypadnięciu przepukliny.

29go grudnia z. r. doznał pacyjent nagle bez jakiéjkolwiek znanéj przyczyny nader silnych bólów w brzuchu a niebawem wystąpiły wymioty i zupełny brak stolca i wiatrów. Przez dwa dni podawano mu rozmaite środki przeczyszczające, a gdy te żadnego skutku nie odniosły, odesłano go do profesora Mikulicza w celu wykonania operacyi.

Pacyjent zgłosił się 1go stycznia br. do kliniki w stanie następującym: Indywiduum wzrostu dużego, chude, twarz zapadła każe domyślać się dość gwałtownych bólów. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch mierne wzdęty, przy ucisku bolesny. Obrzęku żadnego, ani też wolnéj wypociny wykazać w nim nie można. Okolica ponad prawém więzadłem Pouparta aż do przedniego górnego kolca kości biodrowéj nieco twardsza stawia przy uciskaniu większy opór niż części sąsiednie, a odgłos wypukowy wszędzie zresztą bębenkowy w tém miejscu jest stłumiony. Kanał pachwinowy prawy otwarty, dla palca drożny, przy kaszlu nie czuć jednak uderzania przepukliny o palec. Oba jądra w prawidłowém miejscu, prawe nieco obrzmiałe, jednak niebolesne. Ciepłota prawidłowa, tętno drobne uderza 120 razy na minutę. Chory żali się na ciągłe nudności, nie wymiotuje jednak wcale.

Na podstawie tego wyniku badania, na który się zgodził w zupełności i zawezwany dla porady profesor Dr. Korczyński, nie mogło ani na chwilę ulegać wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z niedrożnością jelit, wywołaną przyczynami mechanicznemi. Zabieg operacyjny był tu więc tém bardziéj wskazany, ile że brak objawów ogólnego zapalenia otrzewny pozwalał na względnie wcale pomyślne rokowanie. Przyczyna niedrożności dokładniéj i ściśléj oznaczyć się nie dała; prof. Mikulicz przypuszczał jednak z wielkiém prawdopodobieństwem obecność uwięźniętéj przepukliny przedotrzewnowéj, za czém przemawiał zwiększony opór ponad prawém więzadłem Pouparta i ta okoliczność, że chory przed dwoma już laty cierpiał na przepuklinę po téj stronie. Operacyja potwierdziła przypuszczenie to w całości.

Tego samego jeszcze dnia przystąpiono wieczorem w głębokiéj narkozie do operacyi. Po należytém oczyszczeniu całego pola operacyjnego poprowadził prof. Mikulicz cięcie na 15cm. długie, równoległe do więzadła Pouparta na

2—3cm. powyżéj tegoż i przeciął warstwowo powłoki brzuszne w kierunku kanału pachwinowego. Po otwarciu powłok zewnętrznych odsłonięto tuż poprzed otrzewną ścienną leżący worek przepuklinowy wielkości jaja gęsiego, ściśle do otrzewny przylegający. Znajdował on się mniéj więcéj w jednym poziomie z przednim górnym kolcem kości biodrowéj na 4—5cm. na wewnątrz od niego. (Dokładnych wymiarów nie przedsiębrano, gdyż bardzo spóźniona pora $^1/_2$ 12éj w nocy naglila do pośpiechu a i rozprawa Meinhardta-Schmidta: *Erklärungsversuch zur Genese gewisser Fälle von Hernia inguino-interstitialis v. Hernia inguino-properitonealis, Archiv f. klin. Chirurgie,* T. 32, podówczas jeszcze nie była mi znaną. W każdym jednak razie znajdował się worek przepuklinowy znacznie wyżéj i bardziéj na zewnątrz niż wewnętrzny otwór kanalu pachwinowego w prawidłowych stosunkach. Worek ten przecięto ostrożnie, poczém wypłynęło kilka gramów płynu mętnego już nieco cuchnącego. Pętla uwięźnięta mniéj więcéj na 10cm. dluga okazywała zabarwienie slabo niebieskawe bez wszelkich jednak głębszych zmian. Po należytém obmyciu wypadniętéj pętli i worka przepuklinowego 1% rozczynem sublimatu i 5% kwasem karbolowym rozszerzył prof. Mikulicz nożem gałkowatym pierścień zasznurowujący przepuklinę i wszedł palcem do krótkiéj nieotwartéj jeszcze części kanału pachwinowego a ztąd do wolnéj jamy brzusznéj. Po dokładném ponownem obejrzeniu wypadniętéj pętli wprowadzono ją do jamy brzusznéj a bramę przepuklinową zamknięto jedwabnym szwem kuśnierskim. Wreszcie przystąpił prof. Mikulicz do wyłuszczenia całego worka przepuklinowego, co o tyle nie było pracą zbyt łatwą, że sznurek nasienny mocno poskręcany przylegał bardzo ściśle do tylnéj ściany worka. Z trudnością tylko można było uniknąć nadwyrężenia *vas deferens,* podczas gdy jedna z grubszych tętnic (prawdopodobnie sama *arteria spermaticaint.*) została skaleczoną. Prof. Mikulicz obawiał się pierwotnie, że to uszkodzenie pociągnie za sobą zgorzel jądra, gdy jednakże i z obwodowéj części tętnicy krew silnym strumieniem strzykać poczęła, uważał swą obawę w tym kierunku za nieuzasadnioną. Całą ranę zamknięto szwem warstwowym, wprowadzono dwa sączki i założono opatrunek przeciwgnilny.

Dalszy przebieg gojenia był zupełnie prawidłowy bezgorączkowy. Nazajutrz zauważono obrzęk znaczniejszy prawego jądra mało bardzo bolesny; obrzęk ten ustąpił jednak po 10 dniach bez dalszych następstw. Piątego dnia zmieniono po raz pierwszy opatrunek, przyczém usunięto jeden sączek. Drugi sączek wyjęto 10go dnia, kiedy rana już była w całości przez rychłozrost zlepiona. 25go dnia po operacyi pacyjent wyleczony opuścił klinikę.

Z przytoczonéj dopiero co historyi choroby wynika, że mieliśmy przed sobą przypadek przepukliny uwięźniętéj, któréj worek bezpośrednio przylegał do otrzewny ściennéj, czyli mówiąc inaczéj leżał tuż przed otrzewną *(properitoneal).* Nie podobna jednak zaprzeczyć, że obraz, z jakim spotkaliśmy się w czasie operacyi, pod wieloma względami różnił się od typowych przypadków przepukliny przedotrzewnowéj, jak je opisali Krönlein i inni. Przedewszystkiém uderza, że w naszym przypadku worek przepuklinowy był zupełnie pojedyńczy, podczas gdy do typowego obrazu téj przepukliny należą dwa worki lub też przynajmniéj jeden jest w środku przez mniéj lub więcéj głęboki wrąb odsznurowany i na 2 części przedzielony (najczęściéj jednę pachwinową lub moszną a drugą przedotrzewnową). Wprawdzie sam Krönlein zwraca uwagę na tę okoliczność, że część pachwinowa worka przepuklinowego czasem bywa bardzo małą i słabo rozwiniętą i opisuje sam jeden przypadek *(Weitere Notiz über die Hernia inguino-properitonealis. Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 26), w którym bardzo krótką część pachwinową worka przepuklinowego przy operacyi napotkano zupełnie próżną. W typowych jednak przypadkach zawsze worek jest przedzielony na dwie części. Zresztą i w naszym przypadku nie brakło części pachwinowéj worka w całości, gdyż, jak już wspomniałem, worek przedotrzewnowy nie przechodził bezpośrednio do jamy brzusznéj, lecz część jego położona powyżéj pierścienia zasznurowującego leżała jeszcze w górnéj części kanału pachwinowego.

Również rzadko tylko zdarza się, ażeby w obec istniejącéj przepukliny przedotrzewnowéj jądro po stronie dotkniętéj tém cierpieniem znajdowało się od dziecięctwa na swém prawidłowém miejscu. Wprawdzie i przypadki przeciwne są znane, w których mimo téj przepukliny oba jądra od urodzenia leżały w mosznach, jak np. u pacyjenta Wiesmanna (*Ein Fall von Hernia inguino-properitonealis Litrica incarcerata. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte,* 1885, Nr. 17) i Trendelenburga (*Ueber Hernia inguino properitonealis. Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 26). W naszym przypadku kwestyja ta stanowczo rozstrzygnąć się nie da, gdyż, jak wspomniano, ani sam chory, ani jego rodzice, nie byli w stanie dać w tym kierunku odpowiedzi stanowczéj. Choćbyśmy wreszcie i przypuścili, że jądro od urodzenia znajdowało się na swojém miejscu, to przecież ścisłe przyleganie mocno pokręconego sznurka nasiennego do tylnéj ściany worka przepuklinowego dowodziło aż nadto ścisłego związku między rozwojem przepukliny i narządu płciowego.

Nie zauważono téż w naszym przypadku zaniku powłok brzusznych ponad przepukliną, na który zwracają uwagę inni autorowie. Okoliczność tę tłumaczą prawdopodobnie zbyt małe rozmiary saméj przepukliny.

Pod wieloma innemi względami zgadza się jednak przypadek ten z typowym obrazem przepukliny Krönleina. Przedewszystkiém zasługuje tu na uwagę wysokie ustawienie wewnętrznéj bramy kanału pachwinowego, o czém wyżéj wspomnieliśmy. Okoliczność tę podniósł pierwszy M. Schmidt w rozprawie wyż przytoczonéj sądząc, że pozostaje ona w związku przyczynowym z powstawaniem przepuklin przedotrzewnowych i śródściennych. Wiadomo bowiem, że droga, po któréj jądro zstępuje ku dołowi, jest już zaznaczoną przez wyrostek pochwowy otrzewny *(proc. vaginalis peritonaei),* który przebija powłoki brzuszne w tém miejscu, w którém na nie natrafia więzadło pachwinowe nerki pierwotnéj *(Leistenband der Primordialniere).* Wśród prawidłowych stosunków odbywa się to w miejscu wewnętrznéj bramy kanału pachwinowego: jeżeli jednak więzadło to w życiu płodowém trafi na przednią ścianę brzuszną nie w miejscu bramy kanału pachwinowego lecz nieco wyżéj i bardziéj na zewnątrz od téjże, to następstwem tego bywa nieprawidłowe ułożenie jądra i rozwój worka przepuklinowego śródścienny lub przedotrzewnowy.

I u naszego chorego wewnętrzny otwór kanału pachwinowego znajdował się w pobliżu przedniego górnego kolca kości biodrowéj, podczas gdy zazwyczaj znajduje się 4—5cm. niżéj. Innéj przyczyny przesunięcia tego otworu jak tę, o któréj wspomina Schmidt, i tu wykazać nie można było.

Przepuklina znajdowała się u naszego chorego, jak w największéj liczbie znanych dotąd przypadków przepukliny

przedotrzewnowéj, po stronie prawéj a pierścień wywołujący niedrożność leżał, jak prawie wszędzie, na przejściu części worka przedotrzewnowéj w pachwinową.

W obec tych danych zdaje się, że przypadek nasz śmiało zaliczyć możemy do rzędu przepuklin przedotrzewnowych Krönleina. Co do sposobu powstania naszéj przepukliny musimy niestety poprzestać na domysłach. Najprawdopodobniejszém zdaje się być przypuszczenie, że i u naszego pacyjenta worek przepuklinowy dawniéj składał się z dwóch przedziałów, czyli że część jelit znajdowała się w niezamkniętym wyrostku pochwowym, za czém przemawia właśnie podanie chorego, że dawniéj miał przepuklinę pachwinową prawą. Po odprowadzeniu pętli jelit znajdujących się w tymże wyrostku do jamy brzusznéj, wyrostek prawdopodobnie zarósł a tylko część przedotrzewnowa worka pozostała niezmienioną. Możnaby tu wprawdzie i myśleć o repozycyi wolnéj przepukliny pachwinowéj wraz z workiem pomiędzy warstwy ściany brzusznéj. Ale przeciw temu przypuszczeniu przemawia oprócz już przytoczonych powodów i ta okoliczność, że istniejącą dawniéj wolną przepuklinę odprowadził lekarz zupełnie lekko bez użycia wszelkiéj siły.

Według statystyki Streubla *(Ueber Scheinreduction der Hernien)*, Krönleina, Schmidta i Wiesmanna obserwowano podobnego rodzaju przepukliny dotychczas 42 razy. Najczęściéj rozpoznawano pewnie dopiero podczas operacyi lub jeszcze częściéj na stole sekcyjnym. Nieliczne tylko przypadki rozpoznano należycie jeszcze przed rozpoczęciem operacyi a jeden tylko Krönlein rozpoznał przypadek przepukliny nieuwięźniętéj. U naszego chorego w obec małych rozmiarów przepukliny i braku najbardziéj cechujących objawów nie można było myśleć o ścisłém rozpoznaniu. Nie mniéj jednak, jak już wspomniałem, prof. Mikulicz jeszcze przed operacyją myślał o téj przyczynie niedrożności i dla tego też rozpoczął operacyję od otwarcia kanału pachwinowego a nie od rozcięcia brzucha w linii białéj.

---

## II. O środkach wypróżniających jelito, w szczególe o żwirze.

---

Podał Dr. Kaczorowski,

lekarz ordynujący w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Referat dla dyskusyi w Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk poznańskiego).

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Na podstawie dotychczasowych dosyć obfitych doświadczeń swoich winienem orzec, że żwir, jak każdy inny środek mechaniczny, z powodu zbyt powolnego od żołądka działania, jako środek wypróżniający w takich tylko przypadkach może być wskazany, gdzie nie zachodzi potrzeba szybszego przeczyszczenia jelita, a więc u ludzi nawykłém zaparciem stolca dotkniętych, daléj w chorobach przewłocznych serca i płuc, gdzie skutkiem niedostateczności serca wytwarzają się przesięki, a upadek na siłach hydremicznych pacyjentów nie pozwala na zastósowanie leków drastycznych, podniecających jeszcze towarzyszący zwykle owym chorobom nieżyt całego przewodu pokarmowego i nareszcie w samym przewlocznym nieżycie dróg pokarmowych, zacząwszy od połyku a kończąc na grubém jelicie. Szczególniéj pomyślnym okazywał się żwir u chorych, których skłonność do zaparcia stolca polegała na przemagającym skurczu dolnego odcinka jelita grubego. Spastyczna owa forma zaparcia napotyka się przeważnie u młodszych osób z podniesioną wrażliwością nerwową, podsycaną mianowicie wygórowaną pobudliwością narządu płciowego, czyto z anatomicznych zboczeń czyteż z czynnościowych drażnień wynikającą, przedewszystkiém u osobników oddających się w zbytniéj mierze samogwałtowi.

W towarzyszącéj nieodstępnie zbytecznym drażnieniom płciowym skłonności do zaparcia stolca, które swoją drogą najwidoczniéj przyczynia się do podniecania jeszcze popędu płciowego, a gdzie powszednie środki wypróżniające w mniejszych dawkach odmawiać, w większych przekraczać miarę pożądanego skutku zwykły, w żwirze nadającym się do codziennego bez wielkich zachodów i bez żadnéj szkody dla zdrowia zastósowania poznałem iście zbawienny a prosty środek. Nie mogąc na poparcie wywodów swoich kusić się o przytoczenie zbyt licznéj kazuistyki, ograniczę się tylko do opowiedzenia kilku przypadków chorobowych, które przez dłuższy czas pozostawały pod obserwacyją moją, a w których żwir najlepsze oddawał usługi.

1) Maryja Tonnowska, panna 24 lat, wielce niedokrewna, od marca 1885 dotknięta porażeniem dolnych odnóg, połączonem z ustawicznem onychże skurczeniem, z zaparciem stolca do tygodnia i dłużéj trwającém, częstém, po kilkadziesiąt razy na dobę odzywającém się napieraniem moczu na pęcherz. Choroba jéj poczęła się po nagłém wstrzymaniu miesiączki od gwałtownych bólów rwących w stopach, późniéj coraz wyżéj aż ku miednicy sięgających, poczém nastąpiło coraz wyraźniejsze odrętwienie całych odnóg co do czucia wszelakiéj jakości, zniesienie odczynu na faradyczny, osłabienie odczynu na galwaniczny prąd elektryczny. Ustawiczny kurcz tężcowy zajmował w początku mięśnie wyprostne odnóg, późniéj zwalniając trochę przeszedł na zginacze mianowicie kolan, ostatecznie prawa odnoga pozostaje wyprostowaną, gdy lewa zgięta w kolanie. Położenie skurczowych odnóg tylko za użyciem wielkiéj siły i to powoli, aby kości nie złamać, stósowanéj, da się biernie zmienić, powraca jednakowoż natychmiast po ustaniu naciągania. Chora żadnego samowolnego ruchu dolnemi odnogami wykonać, ani utrzymać się na nogach nie może, natomiast mimowolne czasem ruchy na przemian w obu odnogach odzywają się, tak gdy jedna się wyprostuje, druga się zgina. W chwili biernego pokonywania opornych mięśni odnóg mięśnie miednicy i dolnego kręgosłupa tak gwałtownie naprężają się, że chora silném tylko opieraniem się rękoma o krawędzie łóżka od wypadnięcia zeń ochronić się może. Jestto prawdopodobnie jedno z zwrotnych zajęć rdzenia lędźwiowego, zajmujące tylne i boczne pęczki na podstawie hysterycznéj, ile że chora mocno podejrzaną jest o nałóg samogwałtu.

Obok rozmaitych zabiegów leczniczych, przeważnie galwanizacyi, zacząłem przeciwko skurczowemu zaparciu, które zaledwie wielkie dawki oleju rycynowego pokonać zdołały, podawać wieczorem 10 gramów żwiru. Nazajutrz rano nastąpiły dwa krótko po sobie następujące luźne wypróżnienia, równocześnie i kurcze pęcherza stawały się rzadsze. Skutek ten żwiru utrzymywał się stale przez kilka miesięcy, a gdy w obec ciągłego podawania żelaza z ergotyną w miarę polepszającego się odżywienia skurcze odnóg trochę zwolniały, wypróżnienia jelita same z siebie czas niejaki odbywać się zaczęły. Od ½ roku zaś, gdy prawdopodobnie skutkiem ponownych drażnień płciowych skurcze odnóg się wzmogły, i powtórnie wtedy na zginacze przeszły, nastało znowu najuporczywsze zaparcie i dawniejsze częste skurcze pęcherza moczowego.

Ponowne zadawanie żwiru znów reguluje wypróżnienia jelita, nie mniéj miarkuje potrzebę oddawania moczu. Obecnie stan ogólny choréj, która jeszcze nie odzyskała miesiączki, ale czucie w odnogach, o tyle się polepszył, że napięcie odnóg wolniejе, tak że chora z łóżka może wysunąć je z mozołem, ale jeszcze na nich stanąć nie zdoła. Odstawienie żwiru natychmiast zaparcie przywraca.

2. Antoni Król, lat 20, bardzo niedokrewny, na całéj twarzy gęstym obsypany trądzikiem, wielce bojaźliwy i ociężały w ruchach, o nikłém tętnie i zimnych, wilgotnych odnogach, istny niedołęga cielesny i umysłowy, jakich się często między masturbantami napotyka. Od 6 lat cierpi ustawiczne nerwobóle międzyżebrowe i podbrzuszne; nader słabe łaknienie sam jeszcze dobrowolnie powściąga z obawy bólów, według zdania jego, po jedzeniu jeszcze się wzmagających. Stolec ustawicznie zaparty, kał gdy się kiedyś pojawi, grubym pokładem śluzu powleczony. Nie przyznaje się ani do samogwałtu ani mimowolnych pomazań, czém się każdy skryty masturbant od razu zdradza. Mając przed sobą przypadek ogólnego wyniszczenia wywołanego zbytnim samogwałtem i towarzyszącym mu nieżytem grubego jelita, w leczeniu zmierzającém do ogólnego skrzepienia chorego wystąpiła także potrzeba uregulowania trawienia, a szczególniéj wypróżnień jelita, zaparcia którego chory za jedyne źródło cierpień uważał. Zarządziwszy dyjetę mleczną, przeciw zaparciu podawałem na przemian olejek rycynowy i magnezyję paloną. Jakkolwiek środki owe spełniały zadanie swoje umiarkowanie, nie można było nie dostrzedz, że nawet drażnienia tak łagodnych leków wypróżniających pozostawiało za każdym razem wzmożenie na parę godzin ubezwładnienia nerwowego. Dopiero gdy choremu zacząłem podawać rano i wieczór łyżeczkę żwiru, skutek jego wypróżniający pomyślniejszym się okazywał, stolce bowiem poniekąd dwa razy na dobę zjawiały się ku wielkiemu zadowoleniu chorego, wprawdzie trochę suche, ale ilość śluzu powoli się zmniejszała, odżywienie ogólne przy środkach skrzepiających jak *Ferr. sulphur. c. Extr. secalis*, które teraz dopiero lepiéj przez chorego znoszone bywały, powoli poprawiać się zaczęły. Pomimo częstych nawrotów choroby, wybrykami w dyjecie i może ponownemi drażnieniami płciowemi wywołane, gdzie żwir nieraz zawodził, chory nareszcie chłodniejszemi kąpielami nasiadowemi stępiony w swéj wrażliwości płciowéj i wyleczony z nieżytu jelita, po roku pobytu w zakładzie jako dosyć silny i zdolny do pracy wypuszczony zeń został. Przez cały ten czas z małemi przerwami używając żwiru, za dostateczny służyć mógł przedmiot doświadczalny co do oddziaływania owego środka na jelito, a mianowicie za dowód, że mechaniczne przezeń wywołane drażnienie najwrażliwszym nawet osobom nie sprawia żadnych niedogodności, że w czasach wolnych od doraźnych zaburzeń trawienia reguluje wypróżnienia w sposób najłagodniejszy i że dobroczynnie wpływa na sam nieżyt grubego jelita nawet wtedy, gdy choć kilkudniowa stagnacyja kału ma miejsce, z czegoby nieledwie wnosić można, że nagromadzony w dolnéj części jelita przyczynia się do sterilizacyi jego zawartości, gdyż kał w takich razach bywał zupełnie bezwonny.

3. Józef Nowak, 25 lat, syn gospodarza wiejskiego, cierpi od 2 lat zboczenia trawienia tak dalece rozwinięte, że stawszy się niespokojnym tetrykiem, wiecznie na niezliczone dolegliwości się żalący już przez lekarzy miejscowych do zakładu obłąkanych zakwalifikowany na próbę wszakże jeszcze do Zakładu Sióstr Miłosierdzia w kwietniu 1885 r. oddany został. Jeść mało co może z powodu natychmiast po spożyciu najlżejszych nawet pokarmów, odzywających się nudności, często nawet wymiotów obfitego śluzu poniekąd z krwią zmięszanego.

Blado żółtawéj cery, wychudzony, zimnych odnóg, wzroku błędnego, ustawicznie prawi o takiéj mnogości przykrych i bolesnych sensacyj w brzuchu i całém ciele, jaką chyba z ust najwybitniejszéj hysteryczki usłyszećby można. Brzuch ma wzdęty, przy dotyku wszędzie bolesny, wymiotuje co rano, stolec bez pomocy zaparty, lekiem sprowadzony zawiera wielką ilość gęstego śluzu. Nadużycie napojów wyskokowych wykluczyć można, natomiast chory, przecząc dopuszczania się samogwałtu, przyznaje się do mimowolnych częstych pomazań, nadto ciągłego używania leków rozwalniających.

Napotykana w wymiotach krew nasuwała zrazu przypuszczenie wrzodu żołądkowego, obok nieżytu grubego jelita i wyczerpania nerwowego z powodu zbyt częstych drażnień płciowych.

Na wstępie przedsiębrano wypłukiwania żołądka roztworem sodu, przeciw zaparciu podawano magnezyję paloną. Gdy potém wymioty uspokoiły się i żywsze nastąpiło łaknienie, które chory przez 6 tygodni mlekiem, późniéj pokarmami roślinnemi zaspakajał, zacząłem mu w obec niestałéj działalności magnezyi na jelito podawać łyżkę stołową żwiru. Wprawdzie i żwir nie sprowadzał regularnych wypróżnień, tak że nieraz trzeba było przyjść mu w pomoc olejkiem rycynowym, ale dopiero od czasu zastósowania żwiru można było zaznaczyć ubytek śluzu z stolców i powolny postęp ku ogólnemu polepszeniu. Po kilku miesiącach, gdy chory już nie źle się odżywił a pod względem psychicznym znacznie uspokoił, pozwoliłem na przejście do mięsnych pokarmów, które wszakże natychmiast sprawiły utratę łaknienia i pogorszenie całego jego stanu. Powrót do roślinnéj dyjety zażegnał tę burzę i odtąd przy ciągłém używaniu żwiru ustalała się coraz pomyślniéj czynność przewodu pokarmowego, mianowicie jelita, śluz znikł z wypróżnień a stan moralny tak dalece się dźwignął, że N. po 8 miesięcznym pobycie w zakładzie czując się na ciele i duszy dostatecznie pokrzepiony zażądał wypuszczenia, aby wrócić do gospodarczych swoich zajęć, przyrzekając i nadal żyć wedle zachowywanéj w szpitalu modły.

4. Ks. R., lat 30 wejrzenia krwistego od 2 lat dręczony palpitacyjami serca i nieznośnemi bólami głowy, które go przyprawiały o stan blizki zboczenia umysłowego i czyniły niezdolnym do sprawowania obowiązków duchownych, leczony był dotąd środkami odnoszącemi się do przypuszczanego u niego przerostu serca.

Upatrując raczéj przyczynę jego niedomagania w prostatorei i towarzyszącém jéj uporczywém zaparciu stolca zaleciłem kąpiele coraz bardziéj ochładzane i środki lekko otwierające jelito, jak winiany, magnezyję paloną. Gdy zaś takowe nie dostatecznie oddziaływały, doświadczałem w tym także przypadku zaparcia spastycznego żwiru, który rano i wieczór po łyżce od kawy przyjmowany najreguIarniéj dwa wypróżnienia na dobę sprowadzał. Pacyjent uspokojony moralnie co do istoty choroby swojéj, skrzepiony co do wrażliwości swojéj nerwowéj kąpielami zimnemi i znalazłszy taki prosty środek na przysparzające mu niepokoju zaparcie po 2 miesiącach do zdrowia całkiem powrócił i odtąd sprawuje ochoczo pełen trudu zawód, nieprzestając zażywać żwiru i nadal.

Na zakończenie pozwolę sobie choć kilka słów wypowiedzieć co do zapatrywania na wskazania i przeciwwskazania środków wypróżniających, jakie sobie w ciągu doświadczeń swoich wyrobiłem. Na samém czele postawiłbym zasadę, na którą zresztą dzisiaj prawie wszystkie powagi naukowe zgadzają się, przeciwko któréj jednakże wielu jeszcze praktyków grzeszy, niepodawania leków wypróżniających w przypadkach chorobowych jelita, gdzie obawiać się wypada powikłania z zapaleniem otrzewny jego, nie wyjmując nawet ułudnego zbiegu okoliczności, gdy zapalenie otrzewny zdaje się być następstwem zastoju kału.

W takich razach śmiałe dawki makowca, dla których wtedy ustrój nawet dziecięcy dziwną objawia tolerancyję i cierpliwe wyczekiwanie, choćby do dwóch tygodni trwania zaparcia, bezpieczniéj prowadzą do celu. Nie mniéj obosiecznym staje się lek wypróżniający w niedrożności jelita z jakich bądź innych przyczyn, skoro już otrzewna jest silnie zadrażnioną, a jeśli na samym wstępie pierwszy zakus przeparcia przeszkody zapomocą jedynie tu dopuszczalnego olejku rycynowego chybi, wszelkie dalsze na téj drodze zabiegi pod grozą narażenia chorego zaniechane być winny.

W każdym innym przypadku chorobowym śmielsze nawet zastósowywanie leków wypróżniających byle najłagodniejszych i w odpowiedniéj dawce na dobre chorym wychodzi. W wszystkich chorobach zakaźnych ostrych czy przewłocznych nie dosyć zadawalać się baczeniem na to, aby jelito codziennie się wypróżniało choćby samodzielnie, ale najmniéj co drugi dzień od góry wymiatać je niedrażniącemi lekami ułatwia pomyślne przebycie niemocy, jużto odwodząc od zagrożonych w swéj czynności narządów zbytnio skupiające się soki z mniejszym zapewne dla całości uszczerbkiem, jak ongi tak szeroko praktykowane upusty krwi, już téż w wielu razach wyprowadzając na zewnątrz ową *„materia peccans“*, która nam dzisiaj w postaci żywych napastników uwidocznia się. W ostrych zapaleniach najważniejszych narządów, mianowicie płuc, gdy w obec upadającego pod brzemieniem rosnących oporów serca życie na godziny waży się, w sam czas sprowadzony obfity wylew jelita, obok rozumie się środków podniecających, nieraz grożącą katastrofę odwrócić może. Ku temu celowi wszakże uważam za lek pewny a nieszkodliwy jedynie olejek rycynowy, a w mniéj nagłych potrzebach paloną poprzednio wygotowaną magnezyję.

Rozwodzenie się nad wskazaniami środków wypróżniających w chorobach przewłocznych za dalekoby nas zaprowadziło, pragnąłbym tylko raz jeszcze podnieść, że chcąc odnieść korzyści z długo trwałego ich zastósowywania poprzestawać winniśmy na najłagodniejszych, ile możności fizycznie działających, a z drastycznemi lekami, wyjąwszy jeden olejek rycynowy, wieczny rozbrat uczynić.

---

## III. Oceny i sprawozdania.

---

Dr. A. Cartaz: **O niemocie hysterycznéj** (*Du mutisme hystérique*).

Rozprawa autora streszcza zeszłoroczne wykłady profesora Charcota, w którego klinice postrzegano kilkakrotnie niemotę, należącą do rzadkich stosunkowo przypadów hysteryi tak u mężczyzn jak i u kobiet. Wprawdzie już i dawniéj znano i opisywano niemotę, towarzyszącą hysteryi (Briquet, Wells, Sédillot, Richter, Bateman, Liouville i Debove, Revilliod i i.), ale zazwyczaj mięszano ją z częstym u osób hysterycznych bezgłosem (*aphonia*). Z przytoczonych przez autora własnych i obcych 20 przypadków wynika, że niemotę hysteryczną odnieść należy do ośrodkowego zboczenia psychicznego, podobnie jak hysteryczne porażenia członków, zniesienie całkowitego lub pewnéj części pola widzenia itp. Niemota hysteryczna stanowi pewien swoisty typ afazyi, tak że nieraz na pierwszy rzut oka od niemoty, będącéj następstwem zmian organicznych mózgu, odróżnić ją można.

Przebieg i cechy niemoty hysterycznéj są następujące:

1. Powstaje zazwyczaj nagle, często skutkiem przestrachu lub wzruszenia; niekiedy poprzedza bezgłos, rzadko niemota rozwija się powoli, najczęściéj nagle po napadzie hysterycznym, czasem równocześnie z innem porażeniem.

2. Chory dotknięty jest bezgłosem, bo nie może wydać ani głosu ani krzyku; ale równocześnie istnieje i niemota, gdyż i po cichu nie może wymówić ani słowa. W bezgłosie hysterycznym, skutkiem obustronnego najczęściéj porażenia mięśni napinających struny głosowe i zwężających głośnię, głos bywa albo zupełnie zniesiony lub ochrypły: chory nie może mówić głośno, ale mówi szeptem; jest tu więc bezgłos, nie niemota. Wiadomo z dokładnych badań fizyjologicznych, że i w stanie prawidłowym mowa szepcąca nie wprawia wcale w ruch strun głosowych, z czego wynika, że niemoty hysterycznéj nie można tłumaczyć porażeniem nerwu krtaniowego górnego, jak to czyni Revilliod, bo po porażeniu tego nerwu powstaje tylko bezgłos — obok możności mówienia po cichu. Bezgłos zresztą może mieć przyczynę w porażeniu i innych mięśni krtaniowych, ale zawsze mówienie szeptem jest możebne. W przypadkach zaś niemoty hysterycznéj istnieją równocześnie bezgłos i afazyja: bezgłos skutkiem porażenia mięśni krtaniowych, afazyja zaś skutkiem zboczenia ośrodkowego.

3. Inteligencyja nie jest zakłóconą; ilekroć choremu zadamy pytanie, tenże świadom swéj niemocy nie kusi się wcale na odpowiedź, nie wysila się z wydaniem głosu, lecz żywo chwyta za pióro lub ołówek i pisemnie na pytanie odpowiada ściśle i dokładnie. To zachowanie się chorego jest do tego stopnia charakterystyczném, że według słów Charcota wystarcza częstokroć do rozpoznania choroby. Inaczéj zachowują się w tym względzie chorzy dotknięci niemotą skutkiem zmian organicznych w mózgu: tu chory z wysiłkiem szuka słowa na odpowiedź, wybełkocze je niekiedy niewyraźnie lub też odpowiada słowem innem lub zawsze tém samém. W niemocie hysterycznéj zaś nie ma ani głuchoty ani ślepoty słownéj, umysł jest swobodny, chory na pytania odpowiada natychmiast, jeżeli umie pisać. Wprawdzie i w niektórych przypadkach afazyi organicznéj chorzy utraciwszy mowę mogą myśli swe wyrażać na piśmie; ale u tych objaw ten nie jest tak wybitny a i umysł nie tak swobodny i żywy, jak w niemocie hysterycznéj.

4. W większéj ilości przypadków niemota hysteryczna ustępuje nagle, choć nie zawsze zupełnie; niektórzy chorzy przez kilka jeszcze dni lub tygodni jąkają się i zacinają.

Rozumie się, że obok niemoty istnieją i inne objawy hysteryi: nieczulica, wymioty, głuchota itp.; zbiór wszystkich objawów potwierdza rozpoznanie. Ilekroć równocześnie z afazyją powstaje porażenie połowicze, brak porażenia nerwu twarzowego przemawia za hysteryją. Nie trudno jest także wywołać niemotę hysteryczną za pomocą wmówienia (*suggestion hypnotique*). Jeżeli w okresie snu hypnotycznego (*somnambulisme*) rozmawiamy z chorym, następnie obniżając

głos powiemy doń: nie słyszę... co mówisz... ależ ty już nie możesz mówić!, to za chwilę występuje u chorego niemota i bezgłos, nie może już ani mówić ani krzyczeć, niecierpliwi się tém, że na pytania odpowiedzieć nie może, a jeżeli umie pisać, rzuca się do pióra i pisze: nie mogę mówić, wszak pan widzisz, że nie mogę!

Zboczenie to może mieć także pewne znaczenie sądowo-lekarskie. Niektóre przypadki niemoty hysterycznéj mogły i mogą uchodzić za udawanie — a nawet w braku wszelkich innych objawów hysteryi nie możnaby wątpliwości téj usunąć, choćby po zastosowaniu jakiegoś silnego zabiegu leczniczego (prąd elektryczny, silny natrysk itp.) niemota natychmiast ustąpić miała.

Leczenie nie przedstawia nic szczególnego i powinno być skierowane przeciwko stanowi hysterycznemu w ogóle. Hydroterapija, prąd przerywany, przykładanie magnesów mogą ułatwić przywrócenie mowy. Bateman przytacza przypadek afazyi trwającéj od 6 dni, gdzie chory pewnego rana obudził się z krzykiem: *A man the river!*; śniło mu się, że ktoś wpadł do rzeki a sprawione tém wrażenie umysłowe natychmiast przywróciło mu mowę. Gwałtowny ból, kurcz mięśniowy wywołany silnym prądem elektrycznym mogą przyspieszyć przywrócenie głosu i mowy; jednakże tak gwałtownym czynnikom nie należy dowierzać. W jednym przypadku autora — zwyczajny bezgłos — pod wpływem prądu elektrycznego w miejsce porażenia mięśni napinających struny głosowe powstał kurcz mięśni zwężających głośnię, który dopiero wziewaniem chloroformu dał się szczęśliwie usunąć. (*Le Progrès médical*, 1886, Nr. 7—9).

*Dr. Smoleński.*

Gałęzowski: **Padaczka i zapalenie nerwu wzrokowego wyleczone wyłuszczeniem oka uszkodzonego.**

Markiz L., 40 l. w., doznał przed sześciu laty obrażenia oka prawego odłamkiem kapzli na polowaniu, poddał się odcięciu przodkowéj części oka, poczém oko uległo zanikowi. W maju 1883 wystąpiły bez wiadoméj przyczyny wymioty i gwałtowny ból głowy, objawy te powtarzały się w pewnych odstępach czasu a w czerwcu przyłączyły się do nich napady padaczki i gwałtowne bóle w potylicy, a wzrok oka lewego, dotąd zdrowego, doznał upośledzenia. Badanie wykazało rozszerzenie i nieruchomość źrenicy, upośledzone czucie barw, zapalenie n. wzr. z wynaczynionkami, $V^1/_{15}$. Na naradzie odbytéj z pp. Vulpianem, Hardym, Guenneau de Mussy i Legrand du Saulle postanowiono wyłuszczyć gałkę oczną, co téż Gałęzowski wykonał w październiku. Od dnia operacyi ustąpiły napady padaczkowe, chory odzyskał sen, siły jego powracały a wzrok oka lewego polepszał się stopniowo a lubo z powodu częściowego zaniku n. wz. pozostał upośledzony, doszedł chory ostatecznie do tego, że z +6Dptr. czytać mógł Nr 4 (przed operacyją tylko 8y). Uwzględniając wynik tak operacyi jak badania drobnowidowego oka wyłuszczonego przypisuje G. tak zapalenie n. wz. jak i objawy mózgowe zwrotnemu działaniu sympatycznemu. Co do dróg, któremi zapalenie współczulne przenosi się z jednego oka na drugie, G. nie zgadza się ze zdaniem, że pośrednikiem są naczynia limfatyczne, lecz sądzi, że cierpienie przenosi się raczéj wzdłuż naczyń odżywczych nerwu wzrokowego lub nerwów naczynioruchowych na skrzyż. n. wz. ztamtąd wzdłuż jego pasm z jednéj strony do mózgu z drugiéj wzdłuż n. wz. aż do jego tarczy w oku. (*Recueil d'Ophthalmologie*, styczeń 1886).

*Dr. Rydel.*

Dr. Watraszewski: **Leczenie kiły wstrzykiwaniem kalomelu.**

W. poczynił pierwsze próby wstrzykiwań podskórnych kalomelem u 70 chorych, rozpoznawszy wybitne oznaki kiły pierwszorzędnéj. Używał kalomelu w roczynie z liposokiem arabskim wstrzykując płyn w pośladki. Pierwszym 7miom chorym wstrzykiwał doraźnie 2 decigramy kalomelu w dwóch dawkach, uwzględniając jednak ślinotok następowy wstrzykiwał dalszym po 0·1 kalomelu w przeciągu tygodnia, niekiedy (dla objawów zapalenia błony śluzowéj ust) w dłuższych nieco przestankach. W ten sposób udało mu się przeprowadzić leczenie u większéj liczby chorych bez dalszych następstw kiły. Zwykłe wystarczały 3, najwięcéj 4 wstrzykiwania, poczém wszelkie objawy kiły drugorzędnéj ustąpiły. Na 257 chorych, którym kalomel wstrzykiwano, spostrzegł W. w czterech tylko przypadkach owrzodzenie z przyczyny, jak podaje, niezręcznego postępowania przy wstrzykiwaniu. Należy takowe czynić głęboko w tkankę podskórną, igły winny być długie, cewka tychże odpowiednio szeroka, aby uniknąć rychłego jéj zatkania. Ból miejscowy jest nieznaczny z początku, późniéj nieco dotkliwszy. Chorzy winni przez 2—3 dni wystrzegać się wszelkich robót zwłaszcza ciężkich. (*Deutsche Med. Ztg.* 1885, Nr. 55).

*Dr. Reiss* w Dukli.

---

## Wiadomości pomniejsze.

Ω. Bardzo uproszczony sposób **oznaczania azotu w ciałach organicznych, szczególniéj zaś w moczu** znajdujemy w *Pflügers Archiv f. Phys.* Jestto sposób Kjeldahla uproszczony przez Pflügera i Boblanda. Cała praca wymaga mniéj niż jednéj godziny zajęcia. Pięć sz. cm. moczu daje się do Erlenmeyerowskiéj kolby objętości koło 300 sz. cm., dodaje się następnie po 10sz.cm. angielskiego i zgęszczonego (wolnego od połączeń amonu) $SO_4H_2$. Kolbę tak przygotowaną ogrzewa się na siatce drucianéj, póki się nie wypędzi wody i wydobywających się gazów. Skoro ciecz z początku czarno zabarwiona przybierze zabarwienie więcéj brunatnawe, zmniejsza się płomień *ad minimum* Skoro po 25—30-minutowém ogrzaniu ciecz wyjaśnieje, oziębia się ją, rozcieńcza wodą do 200sz.cm., wlewa do zwykłéj kolby, dodaje 80sz.cm. NaOH o c. g. 1·30 i destyluje do drugiéj kolby, zawierającéj koło 400sz.cm. miareczkowanego od $NH_3$ wolnego kwasu siarkowego. Dla większéj pewności można jeszcze gaz przechodzący przez pierwszą kolbę przeprowadzić przez mniejszą kolbkę, również wypełnioną miareczkowanym $SO_4H_2$. Za pomocą papieru lakmusowego można się z łatwością przekonać, kiedy z destylatu już więcéj $NH_3$ się nie dobywa. Niezwiązaną ilość $SO_4H_2$ miareczkuje się ługiem sodowym i oznacza się tym sposobem z łatwością całą ilość $NH_3$, a względnie N. (*Deutsch. Chemiker Ztg.*, 1886, Nr. 1, 5. 7).

Ω Fomin podaje następującą **metodę wykrywania i oznaczania rtęci w moczu.** Do badanéj ilości moczu (z 12 lub 24 godzin) wlewa się 5—6sz.cm wysyconego roczynu $K_2SO_4$. następnie wkłada się w naczynie, mieszaninę tę zawierające, mały przyrząd, złożony z wygładzonéj blaszki złota (wypolerowanego dukata) i blaszki z czystego cynku, połączonych ze sobą drutem miedzianym. Skutkiem wywiązującego sie prądu następuje elektrolyza i H gromadzi się koło blaszki złotéj. Po 6—10 godzinach wydobywa się przyrząd z moczu, oczyszcza się blaszkę złotą wodą przekroploną, zanurza się na kilka minut w rozcieńczoném HCl, aby ziemie alkaliczne itd. rozpuścić, obmywa się jeszcze raz wodą przekroploną, wysusza się między dwoma kawałkami

czystéj bibuły. Najmniejsza ilość rtęci powleka blaszkę złotą warstewką białą. Chcąc się jeszcze dokładniéj o obecności Hg przekonać, wkłada się blaszkę tę w probierkę, wyciąga się koniec jéj włoskowato i daje się odrobinę czystego jodu. Po ostrożném ogrzaniu tworzą się we włoskowatym końcu rurki kryształki jodku rtęciowego. Według mniéj lub więcéj wybitnego wniosu $HgS_3$ można kolorymetrycznie ocenić ilość rtęci. *Wracz*, 1885, 23, *D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 1, 5, 8). (Metodę tę próbowałem w dwóch przypadkach i dała mi wynik zupełnie zadowalający. *P. S.*)

Ω. Vibert i Ogier. **O zawartości białka w moczu trupim.** Vibert i Ogier ogłaszają w *Annales d'Hygiène publique* pracę, która roztrząsa ważne dla medycyny sądowéj pytanie, czy mocz znajdujący się w pęcherzu po śmierci zawiera stale białko? Autorowie badali mocz z 28 trupów w Morgue. Z liczby téj tylko pięć moczów było bez białka, w innych zaś moczach tém więcéj było białka, im więcéj posuniętym był proces gnicia zwłok. Autorowie przypuszczają, że zawartość białka stoi w związku z rozkładem i odpadaniem błony śluzowéj pęcherza. Za przypuszczeniem tém przemawia, że po wypuszczeniu moczu z pęcherza i po przepłukaniu pęcherza wodą przekroplona wstrzyknięta do pęcherza już po krótkim upływie czasu zawierała białko. *(D. chemiker Ztg.*, 1886, Nr. 1).

## IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

**X. zwyczajne naukowe posiedzenie z d. 21 listopada 1885 r.**
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

Kol. Przewodniczący przedstawia kol. Kretowicza jako nowego członka sekcyi lwowskiéj.

Kol. Chądzyński mając ciekawy przypadek choroby skórnéj na oddziale skórnym kobiet tutejszego szpitala zaprasza kolegów na dzień następny godzinę 9tą rano do szpitala, gdzie okaże chorą i opowie historyję choroby.

1. Następuje dyskusyja nad przedstawionemi przypadkami chorobowemi na IX posiedzeniu. Ponieważ do przypadku przez kol. Krówczyńskiego demonstrowanego nikt się nie zgłosił, przystąpiono do dyskusyi nad przypadkami przez kol. Edw. Sawickiego zgłoszonemi.

Co do choréj z *paraplegia spastica* zastanawia się kol. Edw. Sawicki nad przyczyną owéj choroby. Wyklucza przedewszystkiém histeryję, jako przyczynę porażenia, albowiem u choréj brak owych różnych dolegliwości, jakie histeryi towarzyszą, nadto badanie organów wewnętrznych nie wykazuje odpowiednich, a właściwie żadnych zmian. Trzeba więc było przypuścić, że garb jest przyczyną choroby, że istnieje *Myelitis transversa*, tymczasem po 2-miesięcznéj obserwacyi choréj musiano wykluczyć tę chorobę, bo ani porażeń, ani stępienia czucia, ani bólu miejscowo nigdzie w okolicy kręgów i kręgosłupa nie ma ani nie było. Przypuszczono więc *Sclerosis lateralis*, która nie poczyna się od włókien nerwowych, ale od neuroglii, która uciska następowo nerwy, upośledza ich odżywienie i wywołuje ich stłuszczenie. Jeśli to przypuszczenie jest słuszne, to powoli wystąpi sztywność itd. odnóg górnych. Czy i o ile się to sprawdzi, okaże dalszy przebieg, jeżeli będzie można chorą w ogóle tak długo obserwować na oddziale. Co do drugiéj choréj z porażeniem *oculomotorii, facialis, recurrentis Willisii* itd., to przypuszczano pierwotnie gościec jako przyczynę, tymczasem tak nie jest, czego dowodzi okoliczność, że ani jod, ani elektryzowanie, ani salicyl nie przyniosły choréj ani ulgi, ani polepszenia. Prawdopodobnie jest tutaj nowotwór przyczyną objawów chorobowych opisanych i to nowotwór na podstawie mózgu, gdzie właśnie zajęte nerwy wychodzą z mózgu, to jest okolica kości klinowéj, gdzie jest *sella turcica, declivium Blumenbachii* ku rowkowi dla rdzenia przedłużonego w okolicy mostu Warola. Że tu nie ma porażenia opuszkowego, dowodzi okoliczność, że nie ma stakacyi w mowie, że język jest ruchomy, że dolna część twarzy nie jest porażona tylko górna, a w *sclerosis dispersa* rzecz ma się właśnie odwrotnie. A więc najprawdopodobniéj jest tu nowotwór na podstawie mózgu, zwłaszcza, że i gruczoły nadobojczykowe obustronne powiększyły się. Gruczoły te obecnie po zażywaniu kw. karbolowego zmniejszyły się nieco. Co do zażywania kw. karbolowego, to zalecił dla tego ten lek, że miał już podobny przypadek u chorego w oddziale chorób umysłowych przed laty. Chory ów miał gruczoły szyjne i nadobojczykowe tak znacznie obrzmiałe, że aż w skutek tego występowała sinica. Wtedy to wstrzykiwał choremu kw karbolowy w miąższ gruczołów i podawał wewnętrznie kw. karbolowy przez 2—3 miesiące. Gruczoły znikły w skutek tego, choroba umysłowa jednak nie ustąpiła w zupełności, chociaż chory o tyle miał się lepiéj, że względnie uleczony mógł pójść do domu. Z doświadczenia więc z kwasem karbolowym na tamtym chorym co do gruczołów uczynionego zaczął i tu dawać kw. karbolowy wewnętrznie. Wracając do rzeczy, oświadcza, że i ztąd wnosić trzeba, iż u choréj jest najprawdopodobniéj nowotwór jakiś czy *exostosis*, że tyle nerwów ruchowych i czuciowych naraz jest dotkniętych, pomimo że gruczoły nadobojczykowe zmniejszyły się i że chora ma się nieco lepiéj. Nowotwór bowiem mógł pozostać niezmienionym, a wtórorzędne objawy np. ucisku na opony mózgu na tętnice (jak tu na *Sinus cavernosi*) mogły nieco zmniejszyć się po kw. karbolowym tak jak po jodzie itp. — Kol. Laskiewicz nadmienia, że zdanie kol. Ed. Saw. nie zadowala go w zupełności. I tak co do pierwszéj choréj z *parapleg. spastica* przypuszcza raczéj *Myelitis* (*Sclerosis* bowiem nie występuje nagle) i to *Myelitis* rdzenia pacierzowego (nie zaś opon) w okolicy lędźwiowéj; przemawiałoby zatém i symetryczne umiejscowienie objawów i gwałtowność, z jaką objawy dosięgły szczytu. Zapytuje daléj, czy są odleżyny u choréj, czy był lub będzie używany i jaki rodzaj prądu elektrycznego. Co do drugiéj choréj zapytuje, czy była badana wziernikiem ocznym lub wziernikiem nosowym itp. Daléj czy wykluczono kiłę? Stwardnienie skóry twarzy odnosi nie do zmian w skórze, bo skóra była gładka, wilgotna i rumiana, ale uważa to raczéj jako pewien stopień zwyrodnienia i zaniku mięśni. Kol. Ed. Sawicki odpowiada, że przypuścił u choréj pierwszéj *Sclerosis* a nie *Myelitis* (choć *Myelitis* nie wyklucza w zupełności) dla tego, że chociaż chore podaje, że cierpienie wystąpiło nagle, to jednak wiadomo, że tacy ludzie, choć im co dolega, chodzą i oddają się swoim zajęciom, dokąd tylko mogą i uważają się za względnie zdrowych, aż dopiero gdy już całkiem nie mogą chodzić i pracować, uważają się za chorych i nawet w takim razie zwykle twierdzą, że nagle zachorowali. *Paraplegia* w skutek *Myelitis* nie cechuje się taką sztywnością odnóg a nawet paraplegii prostéj i zwykłéj w skutek *Myelitis* nie przedstawiałby, choć ich ma dość na oddziale; czucie u choréj nie jest upośledzone, a w miarę postępu *Myelitis* występowałyby dalsze postępy porażeń, gdy tymczasem chora ta po hydroterapii zgina już nogi w kolanach i ma się nieco lepiéj. Jodek potasu zażywała chora raz i drugi przez dłuższy czas w dawkach postępowych (do 7grm. dziennie), szaruchę także wcierała, a to wszystko bez skutku, dla tego więc przypuszcza raczéj *Sclerosis* niż *Myelitis*. Co do drugiéj choréj, to *Paralysis bulbaris* czyli *glossolabialis* nie ma, bo nie ma ani skandowania w mowie, ani porażeń w dolnéj części twarzy; *atrophia musculor. progress.* także nie jest, boby nie wystąpiło wcale żadne polepszenie u choréj, a teraz jest jéj już nieco lepiéj, oko lewe jest już nieco ruchliwsze i mimiczne ruchy twarzy także zaczynają występować. Kiły u choréj nie ma, bo ani jodek potasu, ani wcierania szaruchy nic nie pomogły. Chora dobrze widzi, więc nie wziernikowano ócz; nie ma także choroby Brightha; a że nie ma i ozeny, więc nie badano jéj wziernikiem nosowym

2. Następuje wykład kol. Schramma: O wartości infuzyi soli kuchennéj po nagłéj utracie krwi. S. uważa infuzyję soli kuchennéj jako środek podnoszący ucisk śródnaczyniowy i podniecający czynność serca nawet po wielkich utratach krwi dzielniéj niż inne środki i na dłuższy czas, lecz nie stale, i nie jest w stanie zastąpić infuzyi krwi odwłóknionéj, którą po bardzo wielkich utratach krwi na czas wykonaną, uważa za jedyny możliwy ratunek dla chorego. Podnieść tu jeszcze wypada, że kol. Schramm nie uważa dodatku dwuwęglanu sodu do rozczynu chlorku sodu za niezbędny, a po utratach znacznych ilości krwi radzi przedewszystkiém zwykłe środki podniecające (wino, eter, ułożenie odpowiednie chorego głową na dół, autotransfuzyję itp.).

a gdy te nie pomagają, spróbować infuzyi rozczynu soli kuchennéj, poczém jeżeli polepszenie po infuzyi jest przemijającém, ma się dowód, że w organiźmie jest już za mało krwi, przystąpić bez zwłoki do transfuzyi krwi, bo jeżeli z przetoczeniem krwi opóźni się nieco, śmierć położy tymczasem kres życiu organizmu. (Dok. nast.).

## V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

(*S.*) Na posiedzeniu c. k. Towarzystwa lekarskiego, odbytém w Wiedniu dnia 17 b. m., zdał prof. Fritsch sprawę ze spostrzeżeń, które poczynił nad sposobem leczenia wścieklizny, podanym przez Pasteura. Podajemy na tém miejscu jedynie treść obszernego tego wykładu, który członkowie Towarzystwa lekarskiego przyjęli oklaskami. Prof. Fritsch zaznaczył zaraz z początku, że Pasteur wtajemniczył go całkowicie w najdrobniejsze szczegóły swéj metody i że zatajania czegokolwiek ze strony P. nie można było wcale zauważyć. P. zajmował się od więcéj niż pięciu lat badaniami nad wścieklizną; a za nader szczęśliwy pomysł uważać należy szczepienia za pomocą istoty rdzeniowéj zwierząt zamiast używania ich śliny o zmiennym składzie. Zwierzęta, którym za pomocą trepanacyi zaszczepiono nieco istoty rdzeniowéj, pochodzącéj ze zwierzęcia chorego na wściekliznę, pod oponę twardą, ulegały bez wyjątku téj chorobie. Obecnie również odbywa się szczepienie zapobiegawcze tylko za pomocą istoty rdzeniowéj, gdyż dotychczas nie poznano mikroorganizmu właściwego wściekliźnie.

Pierwszą wiadomość o możliwości osłabiania jadu wścieklizny podał P. w maju roku 1884. Spostrzegł on, że jad ten traci siłę po przeszczepieniu na małpy, gdy z drugiéj strony kolejne szczepienie królików i morskich świnek potęgowało siłę jadu. Zwierzęta szczepione kilkakroć jadem o mniejszém natężeniu znosiły bez szkody szczepienie jadem najsilniejszym. Komisyja ustanowiona przez Ministra oświaty Faillières potwierdziła zdanie Pasteura, że wścieklizny nie można wywołać u psów, które poprzednio zaszczepiono zapobiegawczo ani w ten sposób, że się te psy szczepi jadem o mocy większéj, ani gdy się je naraża na pokąsanie przez inne psy, dotknięte tą chorobą. Aby osłabić nasilenie jadu używa Pasteur obecnie innego sposobu, a mianowicie suszy przez pewien czas rdzeń pacierzowy królików, które pozdychały w skutek zaszczepienia t. zw. *virus fixe*. Rdzeń taki traci po 14tu dniach suszenia własność wywoływania wścieklizny, poddany suszeniu przez dni 6 stanowi najsłabszy środek szczepienny, po 5—3 dniach suszenia siła środka wzmaga się a po 24 lub 48 godzinach suszenia dochodzi siła jadu do *maximum*. *Virus fixe* otrzymał Pasteur przez kolejne szczepienie z królika na królika przez cały rok, rdzeń taki świeży wywołuje u królika wściekliznę po 7 dniach, u psa po upływie dni 8 do 10.

Opisawszy dokładnie doświadczenia przedsiębrane na zwierzętach i sposób otrzymywania płynu szczepiennego zestawił prof. Fritsch rezultaty otrzymane dotąd wśród zapobiegawczych szczepień ludzi pokąsanych. Szczepienie polega na podskórném wstrzykiwaniu w okolicę brzucha. Płyn szczepienny przygotowuje się w ten sposób, że małe kawałeczki rdzenia suszonego przez pewien czas rozciera się ze sterylizowanym bulijonem kurzym. Najprzód wstrzykuje się płyn najsłabszy (14 dniowy) a stopniując w ten sposób używa się wreszcie do szczepienia płynu najsilniejszego. Dawka dzienna wynosi odpowiednio do wieku osoby szczepionéj: całą lub pół strzykawki Pravaza.

Zachętę do rozpoczęcia szczepień na ludziach stanowiło dla Pasteura spostrzeżenie, że u zwierząt pokąsanych można za pomocą takich kolejnych szczepień uchylić wybuch choroby. W czasie pobytu prof. Fritscha w Paryżu zaszczepił Pasteur już 600 osób swoim sposobem, z tych umarło po koniec marca tylko dwie, a mianowicie dziewczyna, która się zgłosiła dopiero 37 dnia po pokąsaniu i Rosyjanin pokąsany przez wściekłego wilka, wszyscy inni przebyli szczepienia bez żadnéj szkody dla zdrowia. Od ukończenia szczepień upłynęło obecnie u 250 osób mniéj niż 4 tygodnie, w 350 przypadkach upłynęło 5 tygodni do 3 miesięcy, w jednym 5, a w jednym 8 miesięcy. Ze względu na długi okres wylęgania się wścieklizny u człowieka należy jeszcze ciągle wyczekiwać wiadomości o stanie zdrowia osób szczepionych, zanim się wypowie stanowcze zdanie o praktycznéj wartości szczepień przedsiębranych na ludziach; w każdym jednak razie należy powtórzyć doświadczenia na zwierzętach, olśniewające pewnością skutku.

W końcu zastanawiał się prof. F. nad częstością przypadków wścieklizny u ludzi w Austryi na podstawie wykazów statystycznych i wspomina o znakomitym rezultacie osiągniętym w Niemczech i Bawaryi przez energiczne i konsekwentne wykonywanie odnośnych przepisów policyjno-sanitarnych (obowiązkowy kaganiec). (*Wiener med. Presse*, 1886, Nr. 16).

* W sprawie szczepienia wścieklizny. Rząd meklemburski wysłał prof. Uffelmanna do Paryża, celem studyjowania na miejscu kwestyi téj cały świat interesującéj.

○ Książę Oldenburski zamierza urządzić w Petersburgu zakład dla leczenia wścieklizny drogą szczepienia; pod tym względem poczyniono już kroki wstępne.

○ Liczba lekarzy w Niemczech. W Niemczech przypada średnio jeden lekarz na 3.025 osób. Rozdział jednakowoż lekarzy jest bardzo nierówny, miasta bowiem i zakłady zdrojowe szczególnie obfitują w lekarzy: W Bonnie przypada 1 lekarz na 440 mieszkańców, w Wiesbadenie 1 na 558, a w Berlinie na 1063.

○ Do odwietrzania pokoi zaleca prof. Rouig w czasie epidemii cholery, duru, ospy itd. sublimat. Pokój, w którym przebywał chory odwietrza się dymem sublimatu w następujący sposób. Pokój zamyka się szczelnie a na środku ustawia naczynie z żarzącemi węglami. Na ten ogień rzuca się ze dwie uncyje sublimatu i nie otwiera pokoju przez 3 do 4 godzin. Starannie osłonić wypada usta i nos, gdy się wchodzi celem otwarcia okien. Po kilkogodzinném wietrzeniu pozostałe reszty rtęci można uczynić nieszkodliwemi przez nakadzanie siarką. (*The Lancet* 1886 I Nr. 12).

○ Eter i makowiec w ospie. Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa lekarzy szpitalnych uczynili Dreyfuss-Brissac i Balzer wzmiankę, iż próbowali sposobu leczenia ospy podanego przez Castelego za pomocą eteru i makowca i przekonali się o skuteczności tegoż. Polega on na podskórném wstrzykiwaniu eteru i podawaniu wewnętrznie dziennie 15 do 20 ctgrm. makowca. W ciężkich przypadkach ospy spływającéj krosty poronnie przechodzą, ropienie zmniejsza się, ogólne polepszenie pojawia się nagle. Balzer przekłada wewnętrzne stosowanie tak eteru jak makowca, lecz Castel uważa sposób ten za mniéj skuteczny niż podskórne stosowanie. (*The Lancet* 1886 I Nr. 11).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 0 (1 z. t); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach duru brzusznego. W tygodniu od 28 marca do 3 kwietnia umarło z ospy: w Warszawie 3, w Pradze 8, w Wiedniu 9, w Wenecyi 2, w Zurychu 6, w Paryżu 4, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2, w Amsterdamie i Stokholmie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 5. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 7, w Petersburgu 17, w Paryżu i Londynie po 8. Z odry umarło: w Paryżu 24, w Londynie 27, w Petersburgu 35. Z płonicy umarło w Petersburgu 19. Z błonicy umarło: w Wiedniu 18, w Berlinie 30, w Wrocławiu 7, w Paryżu 30, w Londynie 19. Z krztuśca umarło w Paryżu 12, w Londynie 120. Cholera wybuchła na nowo we Francyi w departamencie Finistère.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 marca do 3 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,4; w Brodach 32,8; w Drohobyczu 63,5; w Kołomyi 45,4; w Przemyślu 38,0; w Stanisławowie 25,4; w Tarnopolu 36,6; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 64,3; w Opawie 32,6; w Warszawie 33,4; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 33,2; w Salcburgu 34,6; w Gracu 36,5; w Tryjeście 39,3; w Insbruku 30,1; w Pradze 51,5; w Budapeszcie 38,4; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Dreźnie 25,4; w Gdańsku 27,5; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Monachowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 27,8; w Bazylei 16,9; w Brukseli 36,6; w Chrystyjanii 23,4; w Genewie 36,0; w Kopenhadze 26,1; w Londynie 21,9; w Odesie 34,0; w Paryżu 28,3; w Petersburgu 37,4; w Stokholmie 32,4; w Wenecyi 29,0; w Zurychu 32,6. *J. B.*

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Adamkiewicz miał wykład zapowiedziany.

* Rozporządzeniem p. Ministra Oświecenia taksa imatrykulacyjna w uniwersytetach austryjackich podniesioną została z 2 1/2 zła. na 4 zła.

* Nakładem zasłużonego „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie“ wyszły właśnie „Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich“ skreślone przez prof. Obalińskiego (in 8vo, str. 244). Postaramy się o rychłą ocenę tego dzieła.

* Dr. Barzycki prosi nas o sprostowanie, że nie jest autorem uwag o taryfie sądowolekarskiéj, umieszczonych w *Tygodniku Rzeszowskim.*

* Otrzymaliśmy 13te Sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z r. 1885. Dochód ogólny w roku tym wynosił 16.622 zła., rozchód zaś 15.102 zła. Obok dyrektora kliniki i oddziału szpitalnego prof. Jakubowskiego czynnymi byli lekarze: Dr. Murdzieński jako asystent kliniczny, Dr. Koy jako 1szy, Dr. Smolarski jako 2gi sekundaryjusz oraz Drowie Schmiedt i Wachtel, jako praktykanci. Leczono w zakładzie dzieci 1008, ambulatoryjnie zaś 3021.

* Wielce zasłużony nestor okulistów austryjackich, prof. Arlt, doznał złamania kości ramieniowéj lewéj właśnie w chwili, gdy miał odwiedzić chorego.

* **Warszawa.** D. 11 bm. otrzymał stopień doktora medycyny w Uniw. warsz. p. Stanisław Szczepan Zaleski, asystent zakładu farmakologicznego i docent instytutu weterynaryjnego w Dorpacie, po obronieniu rozprawy p. t. „Badania nad żelazem wątroby“. *(Gaz. Lek.).*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. Adolf Schenkl mianowany został nadzw. profesorem okulistyki w Wydziale niem. — Referent lekarski Dr. Smoler, proponowany przez Wydział czeski na profesora psychijatryi, nie uzyskał potwierdzenia, z powodu, że łączenie urzędu referenta z katedrą profesora uznane zostało przez Ministerstwo za niewłaściwe.

* **Odznaczenie.** Pensyjonowany lekarz powiatowy w Jarosławiu, Dr. Aureli Plech, w uznaniu skutecznéj działalności w publicznéj służbie lekarskiéj otrzymał tytuł radzcy cesarskiego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Stanisław Brożyński rodem z Dukli, Jakób Spitzel z Krakowa, Wiktor Natter z Krakowa i Józafat Komar z Klimontowa w Król. Polskiém.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 4: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd nerwowy. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Zaleskiego: Badania nad żelazem wątroby; Obrzuta: Przyczynek do nauki o komórkach olbrzymich gruźliczych (dok.); Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha środkowego (c. d.); Sękowskiego: Metoda przeciwgnilna w położnictwie. — W *Medycynie* Nr. 16: Wicherkiewicza: W sprawie wzroku mniéj lub więcéj prawidłowego przy wziernikowych zmianach zanikowych tarczy nerwu wzrokowego; Dobrzyckiego: Sławuta, zakład kumysowy i stacyja leśna (dok.).

**Redakcyja** otrzymała.

Józef NATANSON: Świat istot najdrobniejszych, Tom I, Warszawa 1885. (Odbitka z „Wszechświata“) in 8vo str. 259 z 8 tabl. litograf.

Stan. Szczep. ZALESKI: Izsliedowanija nad peczeniu. 1. Żeliezo peczeni. Dissertacyja na stepeń doktora mediciny. Petersburg 1886, in 8vo str. 56.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie d. 28 bm. o godzinie 6téj posiedzenie nadzwyczajne w sali wykładowéj zakładu fizyjologicznego, na którém: kol. Cybulski okaże nowonabyte przyrządy graficzne w ruchu i objaśni takowe.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.